

Щоб одержати допомогу у своєму районі, телефонуйте:



### Заява про надання медичних пільг дітям



Ця заява призначена тільки для одержання медичної страховки для дітей і підлітків до 19 років. Будь-яка особа може подати заяву в інтересах дитини. Діти можуть подати заяву від свого імені. Ми направимо всю подальшу інформацію особі, що зазначена у графі 1. Якщо у вас є запитання або ви хочете одержати допомогу у заповненні цієї форми, телефонуйте за номером 1-877-543-7669. Ми будемо раді вам допомогти!

Будь ласка, пишіть друкованими літерами чорними або синіми чорнилами. Не пишіть олівцем. (Вкажіть одного з батьків, опікуна або особу для зв'язку, хто буде отримувати подальшу інформацію)

1	ІМ'Я ПО БАТЬКОВІ (ІНІЦІАЛ)	ПРИЗВИЩЕ		
2	АДРЕСА, ЗА ЯКОЮ ВИ МЕШКАЄТЕ ВУЛИЦЯ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
3	ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ІНША) ВУЛИЦЯ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
4	НОМЕРИ ТЕЛЕФОНІВ ДОМАШНІЙ ( ) РОБОЧИЙ ( ) ДЛЯ ПОВІДОМЛЕНЬ ( )	5 Чи є у вас труднощі з усною мовою, читанням та письмом на англійській мові? Яка мова чи альтернативний формат вам потрібні? _____ Чи потрібен вам перекладач? (Якщо так, ми вам допоможемо через перекладача.) На якій мові ви розмовляєте? _____  6 Чи є у кого-небудь з дітей віком до 19 років які-небудь захворювання, що потребують негайної уваги? Чи є у вашому домі вагітні жінки? Якщо "Так", то вкажіть ім'я _____		
		Так <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/>		

### Загальна інформація

7	Вкажіть членів сім'ї, що мешкають разом. [При необхідності додайте окремий аркуш паперу для того, щоб вказати решту членів сім'ї.]									
ІМ'Я (ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ, ПРИЗВИЩЕ)		КІМ ДОВОДИТЬСЯ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ (МІСЯЦЬ/ ЧИСЛО/РІК)	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ * = НЕОБОВ'ЯЗКОВО	СТАТЬ Ч або Ж	ГРОМАДЯ- НИН США ТАК НІ	ЗАПОВНІТЬ, ЯКЩО ДИТИНА НЕ є ГРОМАДЯНИНОМ США			
A. БАТЬКО/МАТИ, ОПІКУН АБО САМА ДИТИНА			*			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	ЧИ БУВ ДИТИНИ ВИДАНИЙ ДОКУМЕНТ, що ПІДВЕРДЖУЄ СТАТУС ТАК НІ	ВКАЖІТЬ ДАТУ, КОЛI ДИТИНА В'ІХАЛА ДО США	ЧИ є У ДИТИНИ СПОНСОР	
B. ЧОЛОВІК/ДРУЖИНА АБО ДРУГИЙ З БАТЬКІВ (якщо мешкає у домі)			*			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			TAK HI	
C. ВКАЖІТЬ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ДО 19 РОКІВ (які бажають одержати медичні пільги)						<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
D.						<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
E.						<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
F.						<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
G. ВКАЖІТЬ ІНШИХ ДОРОСЛИХ/ДІТЕЙ В ДОМІ (які не бажають одержувати медичні пільги)			*			Примітка: Будь ласка, додайте будь-які документи, що підтверджують статус дитини.				
			*							
8	Чи є інвалідом дитина до 19 років, що живе у вашій сім'ї?    Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Якщо "Так", вкажіть, хто _____									

**Витрати.** Ця інформація може допомогти вашій дитині одержати право на пільги.

9	Чи сплачуєте ви за догляд за дитиною, поки працюєте?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Якщо "Так", скільки ви сплачуєте на місяць? \$ _____
	Чи сплачуєте ви комусь за догляд за дорослим утриманцем, який є інвалідом, поки працюєте?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Якщо "Так", скільки ви сплачуєте на місяць? \$ _____
10	Чи робите ви за розпорядженням суду сплати на утримання дитини, яка не живе у вашому домі?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	Якщо "Так", скільки ви сплачуєте на місяць? \$ _____



## Дохід

Вкажіть ПОВНИЙ дохід (до відрахування податків та витрат).

11 ІМ'Я ТА ТЕЛЕФОН РОБОТОДАВЦЯ ОДНОГО З БАТЬКІВ  ( )		ІНШІ ДОХОДИ РОДИНИ	СУМА, ОДЕРЖАНА ЗА ОСТАННІ 30 ДНІВ	ХТО З ЧЛЕНІВ РОДИНИ ЗАРОБЛЯЄ ЦЕЙ ДОХІД
12 Сума, отримана вами за останні 30 днів, до відрахування податків чи витрат: \$ Яка частина цього доходу отримана за рахунок індивідуальної трудової діяльності?* \$		15 ВІПЛАТИ НА УТРИМАННЯ ДИТИНИ	\$	
13 ІМ'Я ТА ТЕЛЕФОН РОБОТОДАВЦЯ ДРУГОГО З ПОДРУЖЖЯ (АБО БАТЬКА ЧИ МАТЕРІ, ЩО МЕШКАЮТЬ В ДОМІ):  ( )		16 АЛІМЕНТИ	\$	
14 Сума, що одержана вашим чоловіком чи дружиною (або іншим з батьків, що мешкає в домі) за останні 30 днів, до відрахування податків та витрат: \$ Яка частина цього доходу отримана за рахунок індивідуальної трудової діяльності?* \$		17 ВІПЛАТИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	\$	
		18 ДОПОМОГА ПО БЕЗРОБІТІЮ	\$	
		19 ДОХОДИ ВІД ІНВЕСТИЦІЙ/ ПРОЦЕНТИДІВІДЕНДІ	\$	
		20 ДОПОМОГА ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ	\$	
		21 ДОПОМОГА ДЕПАРТАМЕНТУ ПРАЦІ ТА ПРОМИСЛОВОСТІ (L&I)	\$	
		22 ВІПЛАТИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ПО АТЕСТАТУ	\$	
		23 ІНШЕ (будь ласка, поясніть)	\$	
24 Чи необхідна вам допомога в сплаті несплачених медичних рахунків - за останні 3 місяці - за обслуговування кожного з дітей, для яких ви подаєте заяву? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>				
Якщо "Так", будь ласка, надішліть копії документів про доходи сім'ї за всі місяці, за які ви просите нас виконати перегляд.				
* ЯКЩО ВИ АБО ВАША ДРУЖИНА ЧИ ЧОЛОВІК (АБО ІНШИЙ З БАТЬКІВ, ЩО МЕШКАЄ З ВАМИ В ДОМІ) ЗАНЯТИ ІНДИВІДУАЛЬНОЮ ТРУДОВОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ, ТО МОЖУТЬ ИСЧУВАТИ І ІНШІ ВІДРАХУВАННЯ. БУДЬ ЛАСКА, ЗАТЕЛЕФОНУЙТЕ ЗА НОМЕРОМ 1-877-KIDS-NOW ДЛЯ ОТРИМАННЯ ДОДАТКОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ АБО ДОПОМОГИ В ЗАПОВНЕНИЙ ЗАЯВІ.				

## Інформація про медичне страхування

Повідомте про всі медичні страховки, які вже є у ваших дітей.

25 а чи є вже у кого-небудь з дітей, для яких ви подаєте заяву, медична страховка?	25 б Якщо "Так", то чи покриваються цією медичною страховкою послуги лікаря, лікарні, рентгенологічне (радіологічне) та лабораторне обслуговування?	26 а Чи були ваші діти застраховані за допомогою медичної страховки, пов'язаної з роботою, на протязі останніх 4 місяців?	26 б Якщо "Так", то чи складав страховий внесок за утриманця менш ніж 50 доларів на місяць?
<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
27 Якщо ви відповіли "Так" на будь-яке з приведених вище запитань (25а чи b або 26а чи b), будь ласка, вкажіть назву страхові компанії чи роботодавця, що надає медичну страховку вашим дітям.			
СТРАХОВА КОМПАНІЯ ЧИ РОБОТОДАВЕЦЬ	НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛІСУ	ІМ'Я ВЛАСНИКА ПОЛІСУ	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВЛАСНИКА СТРАХОВОГО ПОЛІСУ (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)

## Расова належність / етнічне походження дітей (ця інформація надається добровільно)

Ми просимо вас добровільно надати інформацію про расову належність та етнічне походження ваших дітей. Ця інформація не буде використана при розгляді питання про надання вам права на пільги.	<input type="checkbox"/> Американський індіанець чи корінний мешканець Аласки <input type="checkbox"/> Корінний мешканець Гаваїв чи інших тихоокеанських островів	<input type="checkbox"/> Азіатської раси <input type="checkbox"/> Білий	<input type="checkbox"/> Чорний чи афроамериканець <input type="checkbox"/> Інше _____	<input type="checkbox"/> Латиноамериканець
При реалізації всіх програм і проведенні заходів, якими керує Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services), дискримінація заборонена. Ніхто не може бути виключений з програм чи заходів на підставі расової належності, кольору шкіри, переконань, політичних поглядів, національного походження, релігії, віку, статі чи непрацездатності.				

## Прочайте уважно, перед тим як підписати

Ця заява призначена для одержання медичних пільг тільки дітьми. Якщо хтось з вашої родини вже одержує або хотів би подати заяву на одержання грошової допомоги, продовольчої допомоги програми Basic Food або інших пільг, будь ласка, зв'яжіться зі своїм місцевим Відділом соціального забезпечення (Community Services Office, CSO) департаменту DSHS.

- Департамент DSHS може попросити вас документально підтвердити інформацію, яку ви надаєте, щоб установити, чи маєте ви право на одержання пільг. Ви можете звернутися до департаменту DSHS за допомогою в отриманні підтверджуючих документів.
- Ваша інформація може бути перевірена іншими органами штату або федеральними органами. Ця інформація НЕ БУДЕ надаватися Службі натурулізації та імміграції (Immigration and Naturalization Service, INS).
- Звертаючись за одержанням і одержуючи медичні пільги, ви передаєте штату Вашингтон усі права на будь-яку допомогу, що призначена для оплати медичного обслуговування, та на будь-які сплати третіх осіб, що призначені для сплати за медичну допомогу.
- Департамент DSHS може передавати інформацію про щеплення вашої дитини Службі нагляду за імунізацією дітей (Child Profile Immunization Tracking System).

ЗАЯВА ТА ПІДПІС	Підпис заявника
Я прочитав (ла) і зрозумів (ла) інформацію, що наведена у цій формі заяви. Я заявляю під страхом покарання за неправдиве свідчення, що інформація, вказана у цій заяві, є правдивою, правильною і повною, наскільки мені відомо.	X _____
	Дата _____

## Як подати заяву

НАДІШЛІТЬ ЇЇ ПОШТОЮ НА АДРЕСУ: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449	ДЛЯ ОТРИМАННЯ ДОПОМОГИ: Якщо вам потрібна допомога або у вас є запитання, будь ласка, телефонуйте 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
--	---